

Laillisista raskaudenkeskeytyksistä vv. 1953—57

Lääket. lis. MIKKO OLKI¹⁾
Väestöliiton Kansanterveystoimisto

Johdanto

Laki raskauden keskeyttämisestä tuli voimaan 1. 7. 1950. Lakia valmistelleen valiokunnan pöytäkirjoista käy selvästi ilmi kaksi peruskysymystä, joihin lailla haluttiin vaikuttaa. Ensimmäinen näistä on rikollisten raskaudenkeskeytysten ongelma siihen liittyvine lääketieteellisine, juridisine ja sosiaalisine seuraamuksineen. Toinen kysymys taas koskee niiden lääketieteellisten ja muiden indikaatioiden periaatteellista määrittelemistä, joiden puitteissa raskauden keskeyttäminen katsottiin voitavan legalisoida.

Ennen lain voimaantuloa oli lääkärillä oikeus suorittaa raskauden keskeyttäminen ainoastaan lääketieteellisin perustein ja silloinkin vain kun toimenpide oli välttämätön äidin hengen pelastamiseksi tai pysyvän terveydellisen haitan torjumiseksi. Tietoja ennen lakia suoritettujen keskeytysten lukumäärästä ja indikaatioista ei ole julkaistu. Summittaisesti arvioidaan niiden vuotuisen määrän ennen vuotta 1950 nousseen kahteen tuhanteen. Indikaatioista antanee valiokunnan mietinnössä esiintyvä lausuma parhaan kuvan: »Kehitys näyttää käytännössä johta-

neen indikaatioiden omaksumiseen joidenka suhteen lääketieteellinen kokemus ja lääkärin oikeustajunta ovat olleet määrittävinä. Kieltää tuskin voidaan, että käytännössä vallitsee suuri epävarmuus indikaatioiden suhteen ja että lääkinnöllisen indikaation varjolla suoritetaan lukuisia abortteja, joilla ei ole perustusta oikeusjärjestyksessä».

Lääkärikunta oli, tietoisena lääketieteellisen abortin epäyhtenäisistä arvosteluperusteista, kiinnittänyt kysymykseen vakavaa huomiota heti sodanjälkeisistä vuosista lähtien. Samanaikaisesti kun eri spesiaaliyhdistysten toimesta julkaistiin abortti-indikaatioiden yhtenäistämiseen tähtääviä kirjoituksia, tehtiin etenkin gynekologien piirissä runsaasti kriminaaleihin abortteihin kohdistuvaa tutkimustyötä. Tämä lääkärinkunnan aktiviteetti vaikutti epäilemättä jouduttavasti tekeillä olevan aborttilain valmistumiseen, samoin kuin itse laissa ja siihen liittyvässä asetuksessa kiteytettyihin säädöksiin.

Aborttilain oltua voimassa ensimmäiset 2½ vuotta (1. 7. -50—31. 12. -52) julkaistiin Väestöliiton toimesta tilastollinen tutkimus lain perusteella suoritetuista raskaudenkeskeytyksistä (*Rouhunkoski ja Olki*). Tilasto osoitti, että keskeytysindikaatioiden arvostelu ja soveltaminen oli hyvin epäyhtenäinen maan eri osissa ja varsinkin eri yhteiskuntamuotojen (kaupunki-maaseutu) välillä vallitsi aborttiefrekvenssissä niin suuret vaihtelut, ettei sitä voitu lääketieteellisin perustein selvittää. Tekijät tulivat siihen käsitykseen,

¹⁾ Oheinen kirjoitus on lyhennelmä alkuperäisestä käsikirjoituksesta. Pyydän lausua kiitokset lääkintöhallitukselle, joka on antanut käyttöni vv. 1953—57 raskaudenkeskeytyskortiston, sekä valtiot. tri Vesa Laakkoselle, joka on toiminut tutkimuksen tilastoasiantuntijana. Valtiot. kand. Elina Visuri on auttanut artikkeleini viimeistelyssä.

että aborttimotiivit suurissa kaupungeissa ja teollisuusyhdyskunnissa ovat oleellisesti erilaiset kuin maaseudulla. Mitä suurempi yhdyskunta ja mitä korkeampi sen »kaupunkilaistuminen» on, sitä enemmän vaikuttavat erilaisista sosiaalisista tekijöistä aiheutuvat ristiriidat ja haitat yksilön aborttimotivaatioon ja siten myöskin abortti-indikaatioiden arviointiin.

Hyvin perustein voidaan pitää todennäköisenä, että aborttilakiin sisällytetty nk. mediisiin-sosiaalinen indikaatio ja sen käytännöllinen soveltaminen on selityksenä aborttilakimme perusteella suoritettujen keskeytysten suuriin alueellisiin frekvenssvaihteluihin. Kuten tunnettua, säädetään siinä, että puhtaasti lääketieteellisten syiden aiheuttaman vaaran lisäksi on keskeytyksestä päätettäessä otettava huomioon myös naisen terveyteen vaikuttavat erikoisen vaikeat elämänotot ja muut olosuhteet. Tämän lainkohdan ilmeinen tarkoitus on vaikuttaa vähentävästi kriminaalien aborttien määrää niiden sosiaalisesti ahdistetussa asemassa olevien keskuudessa, jotka pelkän kliinisen arvioinnin perusteella jäisivät rajatapauksiksi tai saisivat kielteisen päätöksen.

Aborttilain vaikutuksesta kriminaalien keskeytysten määrään ei meillä ole suoritettu koko maata käsittävää tutkimusta. Olki on vuonna 1956 tutkinut lain vaikutusta Helsingissä ja Lahdessa vuosina 1948—52 hoitoon tulleitten tapausten perusteella ja silloin päätytty tulokseen, että rikolliset keskeytykset eivät olleet vähentyneet. *Kauppara, Aro* ja *Soiva* ovat 1962 Tampereen kaupungin osalta, vertaillen vuosien 1947—1949 ja 1957—1959 aborttilukuja todenneet, että Tampereen aborttilanteessa on huomattavissa lievää tervehtymistä, vaikka aborttien yleisyys edelleenkin on suuri. Tekijät lausuvat loppupäätelmänään: »Ilmeistä on, että vuoden 1950 aborttilaki yhdessä elintason nousun ja yhteiskunnallisen kehityksen kanssa on ollut vaikuttamassa edulliseen suuntaan».

On kuitenkin selvää, ettei mikään aborttilaki sinänsä eikä abortin legalisoi-

minen yleensä pysty vaikuttamaan vähentävästi suoritettujen (laillisten ja laittomien) raskaudenkeskeytysten kokonaismäärää. Tiedot maista, joissa laillinen keskeytys on käytännöllisesti katsoen jokaisen sitä haluavan saatavissa (Japani ja Unkari) osoittavat, ettei laillisten abortti-indikaatioiden väljentäminen ole omiaan vähentämään laittomasti suoritettujen aborttien määrää, vaan vaikutus on pikemminkin päinvastainen. Toisaalta osoittavat saadut kokemukset, että maissa missä uskonto kokonaan kieltää sikiön uhraamisen äidin hengen tai terveyden pelastamiseksi, on laitton abortti kaikkine seuraamuksineen suurena ongelmana (Italia ja Ranska). Rikollisten aborttien torjuminen vaatii ilmeisesti aivan toisenlaisia toimenpiteitä. Käsitellessään esitystä uudeksi aborttilaiksi v. 1949 eduskunnan talousvaliokunta lausuu mietinnössään näistä toimenpiteistä: »Talousvaliokunta on tullut vakuuttuneeksi ehdotetun lainsäädännön tarpeellisuudesta sillä on pidettävä rikollisten keskenmenojen vastustamista. Mainitun tarkoituksen saavuttamiseksi valiokunta kuitenkin lausuu edellyttävänsä hallituksen ryhtyvän toimenpiteisiin riittävän tehokkaan valistus- ja avustustoiminnan aikaansaamiseksi, jotta ne yhteiskunnassa vallitsevat epäkohdat, jotka voivat olla syynä raskauden keskeyttämiselle, tulisivat poistetuiksi.»

Aineisto

Viisivuotiskautena 1. 1. 1953—31. 12. 1957 suoritettiin maassamme kaikkiaan 19 758 laillista raskaudenkeskeytystä. Näitä koskevat tiedot on kerätty suorittajalääkärien lääkintöhallitukselle lähettämistä ilmoituslomakkeista.

Raskaudenkeskeytyksen yhteydessä on suoritettu sterilisaatio 4 904 tapauksessa. Sterilisaatioprosentti koko aineistossa on 24.8.

Työn suunnitteluvaiheessa haluttiin erikoisesti kiinnittää huomiota kahteen seikkaan: 1. raskaudenkeskeytysyiden arvos-

T a u l u 1. Lailliset raskaudenkeskeytykset ja sterilisaatiot 1950—57.

	1950 ¹⁾	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1953—57
Raskauden- keskeytykset	1 154	2 920	3 312	3 791	3 690	3 662	4 065	4 550	19 758
Sterilisaatiot	215	574	686	800	903	938	1 095	1 167	4 903
Sterilisaatio- prosentti	19	20	21	21	24	25	27	26	25

¹⁾ puoli vuotta

teluperusteiden vaihteluun maamme eri osissa sekä 2. keskeytysindikaatioina yleisemmiksi tulleeisiin fyysisiin ja psyykkisiin heikkouksiin. Tästä johtuen on aineisto tilastointia varten jaoteltu ja seuraavassa tarkastelussa käsitelty sekä lääneittäin että kahtena ryhmänä, joista toisen muodostavat yllämainitut heikkouksiltilat ja toisen kaikki muut indikaatioryhmit yhteensä.

Vertailun vuoksi esiintyy aineiston tarkastelussa paikoitellen tietoja ja lukuja vuosina 1950—52 suoritetuista raskaudenkeskeytyksistä, jotka *Rouhunkoski* ja *Olki* ovat julkaisseet vuonna 1956.

Laillisten raskaudenkeskeytysten ja niiden yhteydessä suoritettujen sterilisaatioiden jakautuminen vuosittain selviää *taulusta 1*.

Keskeytysten lukumäärä on vuosittain lisääntynyt lukuunottamatta vuosia 1954 ja 1955, joiden aikana tapahtui vähäistä alenemista vuoden 1953 määrään verrattuna. Sterilisaatioiden suhteellinen osuus on kasvanut varsin huomattavasti tarkastelukauden aikana. Selvemmän kuvan keskeytysten lisääntymisestä antavat seuraavat 1 000 synnytystä kohden lasketut suhdelluvut, joissa vuotuista keskeytysten määrää on verrattu vuotuisen synnytyksen määrään:

1950—52	31.1
1953	41.6
1954	41.0
1955	41.0
1956	45.6
1957	52.2
1953—57	44.3

I. Keskeytys sairaalat

Keskeytysten jakaantuminen valtion, kunnan ja yksityissairaaloiden kesken on viisivuotiskautena seuraava:

	1953—57	1950—52	
	%	%	
Valtion sairaalat	7 861	40	57
Kunnalliset sairaalat	4 774	24	19
Yksityiset sairaalat	7 123	36	24

Kunnallisten sairaansijojen lisääntymisen viisivuotiskauden aikana selittää keskeytysten lisääntymisen kunnallisissa sairaaloissa ja sama tekijä on ollut osaltaan vaikuttamassa keskeytysten vähenemiseen valtion sairaaloissa. Vastaavanlaista syytä ei sitävastoin ole löydettävissä yksityissairaaloiden osuuden lisääntymiseen, sillä yksityissairaaloiden paikkaluku on tänä aikana suhteellisesti vähentynyt. Syytä on haettava muista tekijöistä, esim. eri indikaatioryhmien muutoksista. *Taulu 2* osoittaa eri sairaalatyypin osuuden tietyn indikaatioryhmän potilaista.

Yli puolet kaikista psyykkisen reaktion tilan takia suoritetuista keskeytyksistä tapahtuu yksityissairaloissa ja lähes kaksi viidesosaa kaikista fyysisen väsymystilan takia suoritetuista keskeytyksistä samaten. Muiden syiden takia suoritettavista keskeytyksistä lankeaa vain vajaa neljännes yksityissairaaloiden osalle.

Rouhunkoski ja *Olki* ovat vuosien 1950—52 keskeytysaineistosta todenneet, että

Taulu 2. Eri sairaalatyypien osuus indikaatioryhmittäin.

	Psykykki- set reaktiot	Väsymys- ja heikkou- stilat	Muut syyt	Kaikkiaan
	%			
Valtion sairaalat	29.0	37.0	47.2	40.0
Kunnalliset sairaalat	15.5	25.0	29.2	24.0
Yksityiset sairaalat	55.5	38.0	23.6	36.0
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0

Taulu 3. Keskeytykset 1000 synnyttäjää kohden asuinlääneittäin.

Asuinlääni	1953—57	1950—52
	1 000 synnyttäjää kohti	
Uudenmaan	7 628	71.6
Turun ja Porin	2 930	35.7
Hämeen	2 919	35.7
Kymen	1 838	59.3
Mikkelin	706	17.4
Kuopion	1 131	14.2
Vaasan	1 269	17.4
Oulun	851	11.5
Lapin	486	16.8
	19 758	31.1

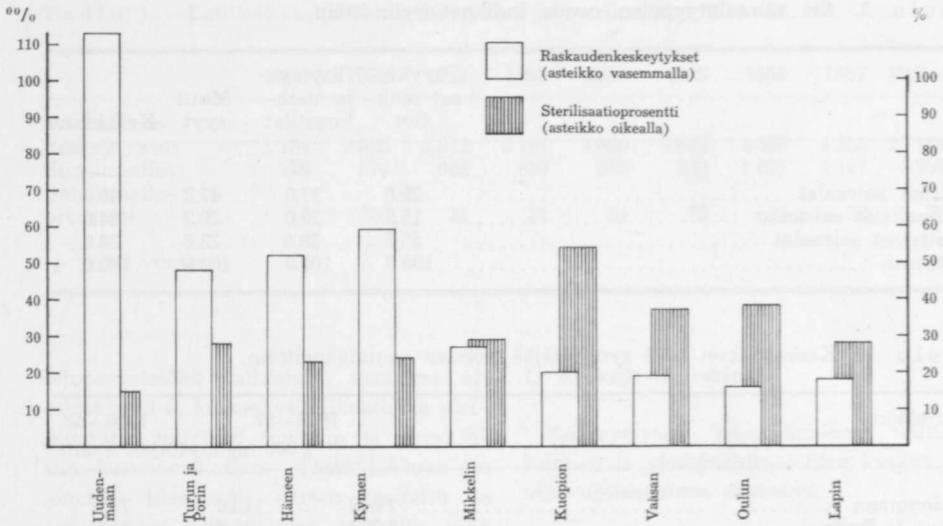
huomattava osa naimattomista (36.9 %), eronneista (34.6 %) ja leskistä (27.3 %) hakeutuu yksityissairaaloihin. He ovat lausunet olettamuksenaan, että sosiaalisten tekijän huomioiminen keskeytykseen oikeuttavana lisäindikaationa on ilmeisesti yleisempää yksityissairaaloissa kuin muualla.

Sielulliset reaktiot ja fyysiset väsymys- ja heikkoustilat ovat indikaatioryhmiä, joihin sosiaalinen tekijä vaikuttaa suoraan naimattomien ja oleellisemmin kuin mihinkään muuhun lääketieteelliseen keskeytysaiheeseen. Samalla ne myöskin usein muodostavat raja-alueen, jolla objektiivinen sairauden asteen määrittely on vaikeaa ellei mahdotontakin ja päätöksen tekeminen jää monasti subjektiivisten vaikutteitten ja kannanottojen varaan. Sosiaalisten tekijöitten osuus tulee tällöin helposti ratkaisevaksi. Aineiston perusteella saa sen käsityksen, että yksityissairaaloissa suoritettavien keskeytysten aiheena näyttelee sosiaalinen indikaatio

suurempaa osaa kuin muissa sairaaloissa suoritettavissa keskeytyksissä. On kuitenkin samalla todettava, että yksityissairaaloitten suosiminen keskeytysairaaloitten johtuu osaltaan myöskin keskeytykseen liittyvästä julkisuuden pelosta. Asian salsassapitäminen muodostaa usein määrävän tekijän keskeytysairaaloitten valinnassa ja erikoisen tärkeää tämä on naimattomille sekä hermostollisesti yliherkille potilaille. Hakeutuminen toisella paikkakunnalla sijaitsevaan sairaalaan on toinen keino välttää julkisuutta. Aineiston 19 758 keskeytyksestä on 3 407 (17.2 %) suoritettu muualla kuin asianomaisen asuinpaikan mukaan määrättyvässä sairaalapiirissä.

II Alueellinen jakautuminen

Keskeytyspotilaiden asuinpaikan perusteella jakautuu aineisto lääneittäin taulun 3 osoittamalla tavalla. Kolmen suu-



Kuvio 1. Raskaudenkeskeytyksiä 1000 synnytystä kohti ja sterilisaatioprosentti lääneittäin.

rimman kaupungin kohdalla on jakautuminen seuraava:

	1953—57	1950—52
	1000 synnytt. kohti	
Helsinki	5 286	147
Turku	762	80
Tampere	539	52

Suoritettujen keskeytykset jakautuvat hyvin epätasaisesti eri läänien osalle. Kymen läänin lukuunottamatta on keskeytysten määrä suhteessa synnytysten määrään noussut jokaisessa läänissä vuosien 1950—52 luvulta. Keskeytysfrekvenssin perusteella voidaan aineistossa erottaa kolme toisistaan selvästi erottuvaa ryhmää:

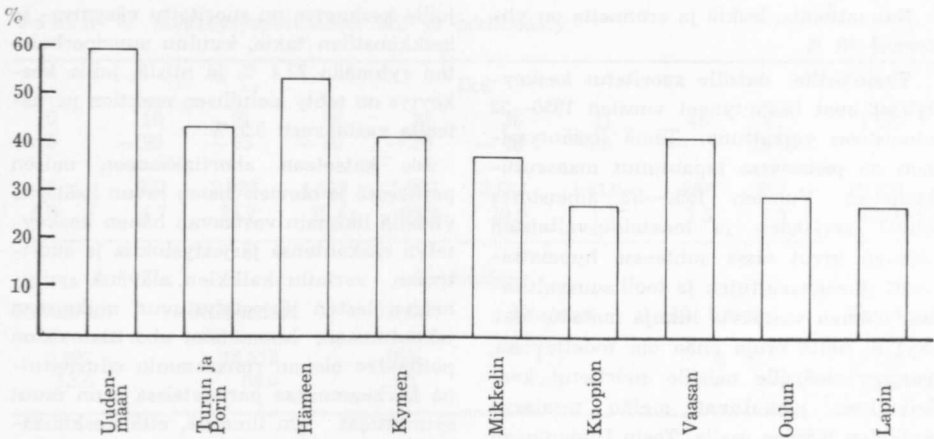
1. Uudenmaan lääni, jossa suoritetaan yksi raskaudenkeskeytys noin yhdeksää synnytystä kohden. Tämän läänin keskeytyksistä suoritetaan Helsingissä asuville 70 %. Helsingiläisiltä keskeytetään siten yksi raskaus noin seitsemää synnytystä kohden.

2. Turun ja Porin, Hämeen sekä Kymen läänit, joissa keskimäärin yksi raskaus kahtakymmentä synnytystä kohden päättyy keskeytykseen. Turun ja Porin läänin keskeytyksistä suoritetaan turku-

laisille noin neljäsosa (26 %), ja siten laillisia keskeytyksiä tulee yksi kutakin 12 synnytystä kohden. Hämeen läänin keskeytyksistä on tamperelaisten osuus vajaa viidennes (18 %) ja tamperelaisten vastaava keskeytysluku on yksi yhdeksäätoista synnytystä kohden.

3. Mikkelin, Kuopion, Vaasan, Oulun ja Lapin läänit, joissa vain yksi raskaus noin viittäkymmentä synnytystä kohden päättyy keskeytykseen. Tässä ryhmässä suoritetaan eniten keskeytyksiä Mikkelin läänissä ja vähiten Oulun läänissä asuville (yksi keskeytys 37 ja 63 synnytystä kohden).

Näin suuria eroja keskeytysten suhteellisessa lukumäärässä eri osissa maata on vaikea selittää lääketieteellisin perusteluin. On pikemminkin otaksuttavissa, että erilaisissa olosuhteissa eläville yhteiskunnan jäsenille on muodostunut toisistaan varsin jyrkästi eroava elämäntapojensa ja sen seurauksena täysin erilainen suhtautuminen elämän arvoihin mm. raskauteen ja sen tarkoitukselliseen keskeyttämiseen. Laissa raskauden keskeyttämisestä esiintyvä maininta, että erikoisen vaikeat elämänot ja muut olosuhteet on otettava huomioon keskeytyksen aiheellisuutta ar-



Kuvin 2. Psykkisten reaktioiden sekä väsymys- ja heikkoudentilojen osuus kaikista lääketieteellisistä indikaatioista lääneittäin.

vosteltaessa, muodostaa epäilemättä lääkärin suhtautumisen kannalta epäyhtenäisen kohdan. On todennäköistä, että korkean aborttifrekvenssin omaavilla paikkakunnilla, suurissa teollisuus- ja kaupunkiyhdyskunnissa vallitseva yleinen mielipide on saanut lääkärit suhtautumaan tähän nk. sosiaaliseen indikaatioon lievemmin lääketieteellisin perustein kuin muualla maassa. Keskeytysindikaatioiden vertailu eri läänien kesken tukee tällaista otaksunaa (kuvin 2). Erilaiset psyykkiset ja fyysiset heikkoukset muodostavat valtaosan keskeytysaiheista siellä, missä keskeytysfrekvenssi on korkea, kun taas siellä, missä keskeytyksiä suoritetaan niukasti, ovat sosiaalisten tekijäin enemmän tai vähemmän sävyttämät heikkoukset harvinaisia.

Sterilisaatioprosenttia voidaan myöskin jossain määrin pitää merkinä keskeytysindikaatioiden lääketieteellisestä painavuudesta. Mitä korkeampi on sterilisaatioprosentti sitä vaikeampi ja parantumattomampi on keskeytyksen pakottanut sairaus. Kuvin 1 osoittaa sterilisaatioprosentit eri lääneissä asuville suorite- tuista keskeytyksistä.

Sterilisaatioprosentti on koko aineistosta 24.8. Uudenmaan läänissä, jonka asukkaille suoritettavat keskeytykset muodostavat lähes 2/5 koko aineistosta (38.6 %) ja jossa keskeytysfrekvenssi on yli-

voimaisesti korkein, on sterilisaatioprosentti 15.4. Turun ja Porin, Hämeen sekä Kymen lääneissä, joiden yhteenlasketut keskeytysluvut edustavat myöskin 2/5 aineistosta (38.6 %) on sterilisaatioprosentti huomattavasti korkeampi (24.5 %). Keskeytysfrekvenssiltään alimmissa, Mikkelin, Kuopion, Vaasan, Oulun ja Lapin lääneissä nousee sterilisaatioprosentti vielä korkeammaksi 54.0 %, saavuttaen huippunsa Kuopion läänissä. Kuopion läänistä kotoisin oleville on keskeytyksen yhteydessä suoritettu sterilisaatio vastavasti joka kolmannelle, Kymen ja Hämeen lääneissä vain joka neljännelle ja Uudenmaan läänissä joka seitsemännelle keskeytyspotilaille.

III. Ikä, siviilisäätö ja lapsiluku

Aineiston enemmistön muodostavat 26—35 vuotiaat, joita on puolet kaikista (50.1 %). Alaikäisiä eli alle 16-vuotiaita on vain 51 kun sen sijaan 45-vuotiaita ja sitä vanhempia on huomattavan paljon (287). Ikäjakautumassa ei ole tapahtunut oleellista muutosta vuosien 1950—52 keskeytysaineistoon verrattuna. Sen potilasryhmän ikäjakautuma, jolle on suoritettu keskeytys psyykkisen tai fyysisen heikkouksetilän takia, ei eroa koko aineiston ikäjakautumasta. Ikäjakautunaa ja siviilisäätöä esittelee taulu 4.

Naimattomia, leskiä ja eronneita on yhteensä 16 %.

Yksinäisille naisille suoritettujen keskeytykset ovat lisääntyneet vuosien 1950—52 aineistoon verrattuna. Tämä lisääntyminen on pääasiassa tapahtunut maaseutuläänneissä. Vuosien 1950—52 aineistossa olivat syrjäisten ja maatalousvaltaisten läänien luvut tässä suhteessa huomattavasti tiheäänasuttujen ja teollisuusvaltaisten läänien vastaavia lukuja matalammat. Nyt ei näitä eroja enää ole todettavissa, vaan yksinäisille naisille suoritettujen keskeytykset jakautuvat melko tasaisesti kaikkien läänien osalle. Tosin Uudenmaan läänissä tavataan yhä selvästi korkeimmat yksinäisten osuutta aborttinsaajista osoittavat luvut, kuten allaolevasta asetelmasta ilmenee:

Asuinlääni	1953—57 %	1950—52 %
Uudenmaan	22.0	36.6
Turun ja Porin	12.7	15.9
Hämeen	14.2	16.4
Kymen	11.1	9.2
Mikkelin	10.3	3.3
Kuopion	9.0	4.2
Vaasan	13.5	8.2
Oulun	9.6	3.8
Lapin	13.4	2.4

Yksinäisille naisille suoritettujen keskeytykset tehdään valtaosaltaan psyykkisten indikaatioiden perusteella. Maaseutuläänneissä tapahtunut yksinäisten äitien aborttien lisääntyminen johtunee ainakin osaltaan psykiatristen tutkimusmahdollisuuksien parantumisesta lukuisien uusien psykiatrinvirkojen tultua perustetuksi maaseutukaupunkeihimme. On myös mahdollista, että yleinen tietoisuus uuden lain sisällöstä on vasta vähitellen levinnyt syrjäisemmälle maaseudulle.

Kahden lapsen äidit muodostavat aineiston suurimman ryhmän 21.5 % ja suuriperheisiä, kuusi tai enemmän lasta omaavia on ainoastaan 10.9 %. Suuriperheisiä on suhteellisesti eniten Kuopion (n. 28 %), Oulun (n. 25 %) ja Lapin (n. 22 %) läänien keskeytyspotilaissa ja vähiten Uudenmaan läänissä (n. 4 %). Niistä potilaista,

joille keskeytys on suoritettu väsymys- ja heikkoustan takia, kuuluu suuriperheisten ryhmään 22.4 % ja niistä, joille keskeytys on tehty sielullisen reaktion perusteella vastaavasti 5.5 %.

Jos katsotaan aborttinsaaneen naisen perheessä jo olevien lasten luvun lisätynä yhdellä likimain vastaavan hänen keskeytetyn raskautensa järjestyslukua ja suoritetaan vertailu kaikkien elävänä syntyneiden lasten järjestelyluvun mukaiseen jakautumaan, huomataan aborttinaiseiston potilaiden olevan runsaammin edustettuna korkeammassa pariteeteissa kuin muut synnyttäjät. On ilmeistä, että keskimääräistä korkeampi lapsiluku muodostaa huomattavan aborttimotiivin. (Taulu 5.)

Keskeytykseen päättynyt raskaus on lähes puolella aineiston potilaista alkanut ennenkuin edellisen raskauden päättymisestä on kulunut kaksi vuotta (46.8 %). Tiheästi toisiaan seuraavien raskauksien aiheuttama rasitus äidin henkelle ja ruumiilliselle kestäkyvyllä kuvastuu selvästi siinä, että niistä potilaista, joille keskeytys on tehty psyykkisen reaktioiden takia, kuuluu 58.6 % tähän ryhmään ja vastaavasti niistä, joiden raskaus on keskeytetty väsymys- ja heikkoustan takia, 69.3 %.

IV Keskeytysindikaatiot

Lain mukaan voidaan raskaus naisen suostumuksella keskeyttää 1. lääketieteellisin indikaatioin kahden lääkärin lausunnolla, 2. alaikäisyyden perusteella, jos nainen ei makaamisen tapahtuessa ole täyttänyt kuuttatoista vuotta, 3. jos nainen on maattu olosuhteissa, jotka rikoslain 20 ja 25 luvuissa on tarkemmin määriteltä, 4. eugeenisin indikaatioin, jolloin ratkaisijana on lääkintöhallitus ja 5. hätätapauksina.

Kahden lääkärin lausuntoon perustuen on suoritettu 94.9 % aineiston keskeytyksistä. Lääkintöhallitus on antanut ratkaisunsa ainoastaan milloin keskeytystä on haettu eugeenisten syiden perusteella tai silloin, kun asianomainen on ollut tyyty-

Ta ul u 4. Keskeytyspotilaiden ikä ja siviilisäätö.

Ikä									
10 —15	16 —20	21 —25	26 —30	31 —35	36 —40	41 —45	46 —	Ei tietoa	Yht.
51	921	2 923	4 612	5 277	3 944	1 411	287	327	19 758
0.3	4.7	14.7	23.5	26.9	20.0	7.1	1.5	1.6	100.0 %

Siviilisäätö					
Naimaton	Naimisissa	Leski	Eronnut	Ei tietoa	Yhteensä
2 497	16 579	253	421	8	19 758
12.6	84.0	1.3	2.1	—	100.0 %

Ta ul u 5. Keskeytyspotilaiden lapsiluku, lapsen järjestysluku ja edellisen raskauden päättymisestä kulunut aika.

Raskaudenkeskeytyksen saaneiden naisten lapsiluku								
0	1	2	3	4—5	6—7	8	Ei tietoa	Yhteensä
2 680	2 655	4 273	3 717	4 160	1 500	656	121	19 758
13.6	13.6	21.5	18.8	21.0	7.6	3.3	0.6	100.0 %

	Lapsen järjestysluku								Tuntem.	Yht.
	1	2	3	4	5—6	7—8	9	%		
Elävänä syntyneet lapset ¹⁾	32.7	24.5	16.4	10.3	10.2	3.8	2.1	0.0	100.0	
Abortinsaaneen naisen raskauden järjestysluku	13.6	13.6	21.5	18.8	21.0	7.6	3.3	0.6	100.0	

¹⁾ Laskettu virallisen tilaston perusteella vuosien 1953—57 kaikista elävänä syntyneistä (aviolapset ja aviottomat lapset).

Edellisen raskauden päättymisestä kulunut aika						
Ei raskautta	Alle 1 v.	1—alle 2 v.	2—alle 5 v.	5 v. tai yli	Ei tietoa	Yht.
2 340	4 439	4 797	5 184	2 706	292	19 758
11.9	22.5	24.3	26.2	13.6	1.5	100.0 %

Ta ul u 6. Keskeytys- ja sterilisaatioperusteet.

Peruste	Raskauden- keskeytykset	Sterilisaatiot	Sterilisaatio- %
1. Kahden lääkärin lausunto	18 755	4 312	23.0
2. Alaikäisyys	94	2	2.2
3. Rikoslain 20 ja 25 luku	12	—	—
4. Lääkintöhallitus	868	582	67.5
5. Häätätapaus	29	5	17.5
Yhteensä	19 758	4 901	24.8

Taulu 7. Keskeytyksen ja sterilisaation lääketieteelliset indikaatiot.

Indikaatio	Raskauden- keskeytykset luku	%	Sterili- saatiot luku	Sterili- saatio- %
Tuberkuloosi	2 910	15.5	486	16.7
Sydän- ja verisuoniston taudit	1 064	5.7	376	35.4
Sisätaudit	2 349	12.5	731	31.1
Väsymys- ja heikkoustilat	3 444	18.4	850	24.7
Mielitaudit	275	1.5	94	34.0
Psyykkiset reaktiot	5 730	30.5	842	12.9
Hermotaudit	331	1.8	148	44.7
Gynekologis-obstetriset taudit	1 559	8.3	448	28.9
Kirurgiset taudit	895	4.8	259	29.0
Korvataudit	79	0.4	40	50.0
Iho- ja sukupuolitaudit	71	0.4	18	25.4
Silmätaudit	44	0.2	20	45.0
Ei tietoa	4			
Kaikkiaan	18 755	100.0	4 312	23.0

mätön kahden lääkärin ratkaisuun ja on hakenut siihen muutosta. Lääkintöhallituksen ratkaisuun perustuvat keskeytykset muodostavat vain 4.4 % aineistosta. Erikoistapaukset (alaikäisyys, rikos- ja hätätapaus), joissa keskeytys voidaan suorittaa toista lääkäriä tai lääkintöhallitusta kuulematta muodostavat 0.7 % aineistosta (135 tapausta). (Taulu 6.)

Kahden lääkärin lausunnon perusteella suoritettut keskeytykset jakautuvat indikaatioittensa perusteella eri tautiryhmien kesken taulun 7 asetelman osoitamalla tavalla.

Psyykkiset reaktiotilat ja fyysiset väsymystilat muodostavat kaksi suurinta ryhmää edustaen yhteenlaskettuina noin puolta koko aineistosta (48.9 %). Kaksi seuraavaksi suurinta indikaatioryhmää, tuberkuloosi ja sisätaudit muodostavat yhdessä vain runsaan neljänneksen (28.0 %) ja kaikkien muitten indikaatioitten yhteiseksi osuudeksi jää vajaa neljännes (23.1 %) koko aineistosta.

Taulussa 8 on suoritettu vertailu vuosien 1950—52 aineiston (7 141 tapausta) sekä käsiteltävänä olevan aineiston indikaatioiden kesken.

Eniten on vähenemistä tapahtunut tuberkuloosi- ja sisätauti-indikaatioitten kohdalla kun taas psyykkiset reaktiot sekä väsymys- ja heikkoustilat keskeytysaiheina ovat eniten lisääntyneet. Kuvio 2

Taulu 8. Keskeytyksen indikaatiot vv. 1950—52 ja 1953—57

Indikaatio	1950—52	1953—57
Tuberkuloosi	25.0	15.5
Sydän- ja verisuoniston taudit	10.5	5.7
Sisätaudit	15.9	12.5
Väsymys- ja heikkoustilat	14.8	18.4
Mielitaudit	3.2	2.1
Psyykkiset reaktiot	17.3	30.5
Hermotaudit	1.3	1.2
Gynekologis-obstetriset taudit	5.9	8.3
Kirurgiset taudit	4.7	4.8
Iho- ja sukupuolitaudit	0.4	0.4
Silmätaudit	0.3	0.2
Korvataudit	0.7	0.4
	100.0 %	100.0 %

esittää psyykkisten reaktioiden, väsymys- ja heikkoustioiden ja muiden lääketieteellisten indikaatioitten suhdetta lääneittäin.

Uudellamaalla ovat reaktiot ja väsymystilat selvänä enemmistönä muodostaneen 3/5 indikaatioista (59.0 %). Hämeen läänissä on sama suuntaus vallalla, joskin lievempänä, reaktioiden ja väsymystilojen muodostaessa 52.9 % keskeytys-

Taulu 9. Psykkisten reaktioiden ja väsymystilojen yhteenlaskettu prosenttinen osuus 1953—57 lääneittäin.

Asuinlääni	1953	1954	1955 %	1956	1957
Uudenmaan	51	55	56	62	67
Turun ja Porin	37	36	39	48	53
Hämeen	50	54	50	54	57
Kymen	40	40	38	40	48
Mikkelin	32	35	39	39	42
Kuopion	15	27	30	34	32
Vaasan	39	38	45	41	43
Oulun	17	18	27	40	45
Lapin	20	14	26	37	38

Taulu 10. Sosiaalisten tekijöiden vaikutus keskeytyspäätökseen.

Sosiaaliset tekijät vaikuttaneet ratkaisuun:	Psykkiset reaktiot	Väsymys- ja heikkoustilat %	Muut indikaatiot
Ei ollenkaan	52.4	48.8	84.6
Jossain määrin	36.9	39.4	11.9
Ratkaisevasti	10.5	11.5	3.1
Ei tietoa	0.2	0.3	0.4
	100.0	100.0	100.0

aiheista. Kaikissa muissa lääneissä ovat muut lääketieteelliset indikaatiot enemmistönä, joskin tämä enemmistö on hyvin niukka Turun ja Porin sekä Vaasan ja Kymen lääneissä.

Psykkisten reaktioiden ja väsymystilojen yhteenlaskettu prosentuaalinen osuus kunkin läänin raskaudenkeskeytysaiheista vuosittain osoittaa taulusta 9 ilmenevää kehitystä.

Vuosi vuodelta on muiden indikaatioiden osuus vähentynyt kaikissa lääneissä reaktio- ja väsymystilojen kustannuksella.

V. Sosiaalisten tekijän vaikutus raskaudenkeskeytyspäätökseen

Ilmoituslomakkeesta, jonka keskeytyksen suorittanut lääkäri täyttää ja lähettää lääkintöhallitukselle, ei käy ilmi min-käläinen sosiaalinen tekijä on ollut päätökseen vaikuttamassa. Lomakkeessa esiintyy ainoastaan tieto siitä, onko ratkaisu ollut yksinomaan lääketieteelliseen syyhyyn perustuva vai ovatko sosiaaliset syyt olleet vaikuttamassa päätökseen

»jossain määrin» tai »ratkaisevasti». Mitään yhtenäistä mittapuuta enempää kuin ohjeitakaan sosiaalisen tekijän arvostelomiseksi ei kuitenkaan ole lääkäreille annettu. On huomattava, että ilmoituslomakkeen täyttää se lääkäri, joka keskeytyksen suorittaa, eikä lausunnon kirjoittavalta lääkäriltä erikseen pyydetä arvos-telua sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta ratkaisuun.

Taulu 10 osoittaa sosiaalisten tekijöiden osuuden psykkisten reaktioiden, väsymys- ja heikkoustiloiden sekä muiden lääketieteellisten syiden perusteella suoritettujen keskeytysten ryhmissä.

Väsymys- ja heikkoustiloina on sosiaalisten tekijöiden vaikutus huomattavin. Kun muistetaan, että tämän ryhmän potilaista 69.3 % kuuluu niihin, joilla keskeytetty raskaus oli alkanut ennenkuin edellisen päättymisestä oli kulunut kaksi vuotta, ymmärretään, että juuri taloudellisesti ja sosiaalisesti vaikeissa oloissa tiheät raskaudet muodostuvat äidin terveydelle vaaraksi ja synnyttävät äideissä toiveen raskauden keskeyttämisestä. Suo-

Ta ulu 11. Sosiaalisten tekijöiden vaikutus keskeytyspäätökseen eri lääneissä.

Asuinlääni	Sosiaaliset tekijät vaikuttaneet jossain määrin tai ratkaisevasti	%
Uudenmaan		36
Turun ja Porin		27
Hämeen		27
Kymen		40
Mikkelin		32
Kuopion		23
Vaasan		21
Oulun		33
Lapin		10

tuisammissa oloissa eivät tiheät raskaudet ehkä johtaisikaan keskeytyshaluun, koskapa kaikista raskauksistakin 55 % alkaa ennenkuin kaksi vuotta on kulunut edellisestä synnytyksestä (vrt. *Visurin* tutkimus tässä vuosikirjassa). Psykkisten reaktioiden ryhmässä ovat sosiaaliset tekijät vaikuttamassa ratkaisuun miltei samassa määrin kuin väsymys- ja heikkouksissakin.

Tarkasteltaessa sosiaalisten tekijöiden vaikutusta alueittain todetaan, että ne ovat olleet eniten vaikuttamassa päätökseen Kymen, Uudenmaan ja Oulun lääneissä asuvien potilaiden kohdalla. Vähiten ovat sosiaaliset tekijät vaikuttaneet ratkaisuun Lapin, Vaasan ja Kuopion lääneissä asuvien kohdalla. (Taulu 11.)

VI. Komplikaatiot

Ilmoituslomakkeeseen sisällyvistä merkinnöistä ei voida saada tietoja keskeytystoimenpiteeseen liittyvistä komplikaatioista. Lomakkeessa vaadittava ilmoitus potilaan lähtökunnosta noudattaa sairaskertomuksista tuttua kaavaa: parempana, hoitamatta, parantumatta, kuoleena, jota ei tässä yhteydessä voi pitää tarkoituksenmukaisena. Tämä kohta onkin useimmiten tulkittu siten, että siinä on arvioitava keskeytystoimenpiteen vaikutus itse perussairauteen eli raskaudenkeskeytysindikaatioon. Tässäkään mielessä ei jaoittelua voida pitää onnistu-

neena. Ei voitane edellyttää, että keskeytyksen suorittanut lääkäri pystyy suoritamaan kliinisiä tutkimuksia kaikilla lääketieteen erikoisaloilla, jotka ovat välttämättömiä, jos pyritään arvioimaan keskeytystoimenpiteen vaikutusta perussairauden prognoosiin.

Mainitusta epäselvyydestä johtuen rajoittuvat komplikaatioista saatavat luotettavat tiedot keskeytystoimenpiteen yhteydessä sattuneisiin kuolemantapauksiin. Viisivuotiskauden aikana oli kuolemantapauksia kaikkiaan 13, vastaten 0.065 %. Näistä oli neljälle suoritettu keskeytys munuaistaudin takia, kahdelle hepatogestoosin, kahdelle sydänvian, kahdelle eugeenisen syyn, yhdelle hysteerisen reaktion ja yhdelle keuhkonpoiston jälkitilan takia.

Yhteenvedo ja loppulause

Lailliset raskaudenkeskeytykset ovat viisivuotiskautena 1. 1. 1953—31. 12. 1957 vuosittain lisääntyneet sekä absoluuttisesti että suhteessa synnytysten lukumäärään. Keskeytyksiä suoritetaan eniten Uudenmaan, Kymen, Hämeen sekä Turun ja Porin lääneissä asuville. Keskeytystapauksien lisääntyminen on vuosien 1950—1952 suhdelukuihin verrattuna ollut suurin Uudenmaan, Hämeen sekä Turun ja Porin lääneissä asuvien keskuudessa. Uudellamaalla asuville suoritetaan lähes 2/5 kaikista keskeytyksistä, Helsingissä asuvat muodostavat yli neljäsosan koko maan keskeytyspotilaista ja heille suoritetaan yksi laillinen raskaudenkeskeytys noin seitsemää synnytystä kohden. Vähiten raskaudenkeskeytyksiä suoritetaan Oulun läänissä asuville, joilla vastaava luku on yksi keskeytys 63 synnytystä kohden.

Keskeytysindikaatioista muodostavat erilaiset psykkiset reaktiotilat sekä somaattiset väsymys- ja heikkouksilat lähes puolet (48.9 %) ja keskeytysten vuosittainen lisääntyminen johtuu suurimmaksi osaksi juuri näihin ryhmiin kuuluvien potilaiden lisääntymisestä. Näiden kahden indikaatioryhmän käytäntöön soveltamisessa näyttelevät sosiaaliset tekijät

huomattavaa osaa. Psykkisissä reaktioilmoituksissa ovat sosiaaliset tekijät vaikuttaneet ratkaisuun 47,5 %:ssa ja somaattisissa väsymys- ja heikkoustilmoituksissa 50,9 %:ssa. On ilmeistä, että sosiaaliset syyt ovat huomattavassa määrässä, lääketieteellisten indikaatioiden ohella, vaikuttaneet aborttilakimme käytännölliseen soveltamiseen ja mikäli kehitys jatkuu samaan suuntaan, tulee sosiaaliin syihin perustuvien indikaatioiden osuus vallitsevaksi.

Jos vertaamme näitä aborttilakimme toteuttamisesta tehtyjä havaintoja Ruotsissa ja Tanskassa vastaavana aikana saattuihin kokemuksiin, voimme todeta lain tulkinnan näissä kolmessa valtiossa noudattavan yhdenmukaista linjaa. Ympäristötekijästä on muodostumassa näissä aborttilainsäädännöltään melko yhtenäisissä maissa keskeytyspäätöksiin oleellisesti vaikuttava tekijä. Tanskalaiset *Henningsen*, *Skalts* ja *Hoffmeyer* lausuvat päätelmänään analysoidessaan 10 vuoden aikana saatuja kokemuksia Tanskan aborttilaista v. 1953 mm.: »Laillisista raskaudenkeskeytyksistä saadut kokemukset osoittavat, että päätökset tällä lääketieteellisellä alueella ovat suurelta osalta riippuvaiset ympäristötekijöistä — niistä, jotka ovat aiheuttaneet potilaan tilanteen sekä niistä, joiden avulla yhteiskunnan on mahdollista auttaa häntä. Teoreettisesti arvostellen ja huomioiden nykyiset mahdollisuutemme hoitaa sairauksia on lääketieteellinen indikaatio hyvin harvinainen. Optimaalisessa ympäristössä, lääkärin valvonnan alaisena voi vaikeankin orgaanisen sairauden raskauttava potilas hyvin kestää raskauden ja synnytyksen ilman suurempia riskejä. Käytännössä on asia kuitenkin aivan toinen. Potilaan elinympäristö on määrätty, eikä sitä voida oleellisesti muuttaa. Optimaalinen, lääketieteellinen hoito on sidottu ympäristön ja olosuhteiden muutokseen ja ellei, kuten tavallisesti käy, tätä muutosta voida saada aikaan, tulee sosiaalisesta tai sosiaalis-lääketieteellisestä ongelmasta määräävä tekijä.» *Fenger* ja *Lindhardt*, jotka ovat tutkineet aborttien kokonaismäärää Tanskassa vuosina 1940

—50, toteavat kaikkien sairaaloissa hoidettujen keskenmenojen lisääntyneen ko. aikana 140 % ja laillisten keskeytysten lisääntyneen vastaavana aikana 500 %. Tekijät katsovat laillisten keskeytysten suhteettoman suuren lisääntymisen johtuvan siitä, että medisiinistä indikaatiota on laajennettu sosiaalisten tekijöiden alueelle.

Laajassa Ruotsin abortti-indikaatioita käsittelevässä katsauksessa lausuu *Ask-Uppmark* v. 1953 mm.: »Abortti-indikaatiot ovat viime vuosina jakaantuneet suurin piirtein siten, että 75—80 % kaikista laillisista keskeytyksistä suoritetaan sosiaalislääketieteellisistä syistä, vajaat 20 % lääketieteellisistä syistä ja loput 2 % eugeenisista ja humanitäärisistä syistä. Näillä indikaatioilla on laillisten keskeytysten määrä saatu nousemaan vuosittain yli 6 000 tapauksen ja samalla on jouduttu sen katkeran tosiasian eteen, ettei sosiaalimedisiinisen indikaation tärkeintä tavoitetta, rikollisten aborttien vähentymistä suinkaan ole saavutettu, vaan päinvastoin on selvästi todettavissa rikollisten aborttien lisääntymistä tämän indikaation laillistamisen jälkeisenä aikana.»¹⁾

Suomessa on raskaudenkeskeyttämislain nojalla, sen voimaantulosta 1. 7. 1950 lähtien vuoden 1958 loppuun mennessä suoritettu kaikkiaan 32 418 keskeytystä. Keskeytyspäätöksiä tekevät ja keskeytyksiä suorittavat lääkärit ovat tänä aikana parhaansa mukaan pyrkinneet kiteyttämään medisiiniset indikaatiot lain hengen mukaisiksi ja noudattamaan niitä mahdollisimman yhdenmukaisina koko maassa. Sosiaalisen lisäindikaation kohdalla ei vastaavanlaista tulkinnallista yhdenmukaista kuitenkään ole saavutettu ja ilmeisesti esiintyy lääkärin keskuudessa myös puhtaasti periaatteellisia erimielisyyksiä tämän lainkohdan tulkintaan nähden. Muista maista saadut kokemukset

¹⁾ Ruotsissa on kuitenkin tämän jälkeen keskeytysten lukumäärä romahdusmaisesti laskenut. Aborttien lukumäärä oli v. 1955 enää 4 562 ja v. 1960 vain 2 792. Syynä lienee aborttiperusteiden huomattava tiukentaminen ja ehkäisy tietojen leviäminen.

kehottavat pidättyväisyyteen indikaatioiden laajentamisessa sosiaaliselle sektorille, koska se ilmeisesti on omiaan synnyttämään mielipiteen, että abortti — laillinen tai laitton — on moraalisesti hyväksyttävä lapsirajoituskeino. Ne yhteiskunnassa vallitsevat epäkohdat, jotka muodostavat syyt siihen, että aborttia pyritään käyttämään lapsirajoituskeinona, ovat ilmeisesti hyvin komplisoituja ja niin kiinteästi asianomaisen elämään sidottuja, ettei minkäänlainen ulkopuolinen asiaan puuttuminen voi enää raskauden alettua suhtautumistapaa muuttaa. Kysymys ei ole yksinomaan tai edes pääasiallisesti taloudellisista epäkohdista, joita voitaisiin yhteiskunnan taholta korjata. Maassa, jossa elintaso on korkeimpia maailmassa ja kansantulo jatkuvasti nousussa ja jossa sosiaaliset huoltotoimenpiteet, verohelpotukset ja lapsilisät todella tukevat tuntuvasti niin perheellistä kuin yksinäistäkin äitiä, voi aborttien lukumäärä jossain kaupungissa nousta yhtä suureksi syntyneitten lukumäärän kanssa (Hampuri). Tämän esimerkin valossa tuntuu toivottomalta pyrkiä taloudellisin avustustoimenpitein meillä vaikuttamaan abortteja aiheuttaviin epäkohtiin. Aborttikysymys on pohjimmiltaan eettinen ongelma ja suhtautumistapaa siihen voidaan muuttaa vain pitkäaikaisen moraalikasvatuksen avulla. Ainoa kasvatusmenetelmä, jolta on odotettavissa pikaista

apua, on preventiivineuvonta. Aborttikysymys on naimisissa olevien ongelma. Ei pitäisi olla mahdotonta saattaa jokainen naimisissa oleva nainen tietoiseksi ehkäisymenetelmistä. Tehokkaaseen preventiivineuvontaan käytetyt varat muodostavat yhteiskunnan »henkivakuutuksen» abortteja vastaan.

Kirjallisuus

Ask-Uppmark: Medicinska abortindikationer. Svenska Läkartidningen 1953, 9.

Fenger, E. och Lindhardt, M.: Om antallet af aborter i Danmark. Ugeskrift for Laeger 1952, 114.

Henningesen, A., Skalts, V., Hoffmeyer, H.: Modrehjelpen og abortus provocatus problemet siden svangerskabloven af 1939. Ugeskrift for Laeger 1952, 114.

Kauppara, O., Aro, P. ja Soiva, K.: Vuoden 1950 aborttilain vaikutus keskenmenoisiin ja raskaudenkeskeytyksiin Tampereella. Duodecim 1962, 20.

Olki, M.: Raskaudenkeskeytyslain vaikutuksesta rikollisten aborttien sekä abortus arteprovocatusten lukumäärään Helsingissä. Väestöliiton vuosikirja V, 1956.

Rouhunkoski, M. ja Olki, M.: Huomioita lain perusteella suoritetuista raskaudenkeskeytyksistä vv. 1950—52. Väestöliiton vuosikirja V, 1956.